

PARIS-VII

Année 1971

N°

133

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

PACAUD Michel-Louis

Né le 20-6-1941
PARIS-XVII^e

Présentée et soutenue publiquement le

1971

TITRE

**OTO-MASTOÏDITE ET ÉCHECS THÉRAPEUTIQUES
DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE
CHEZ LE NOURRISSON**

Président : M. PIALOUX Paul, Professeur

PARIS-VII

Année 1971

N° _____

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

PACAUD Michel-Louis

Né le 20-6-1941

PARIS-XVII^e

Présentée et soutenue publiquement le

19

TITRE

**OTO-MASTOIDITE ET ÉCHECS THÉRAPEUTIQUES
DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE
CHEZ LE NOURRISSON**

Président : M. PIALOUX Paul, Professeur

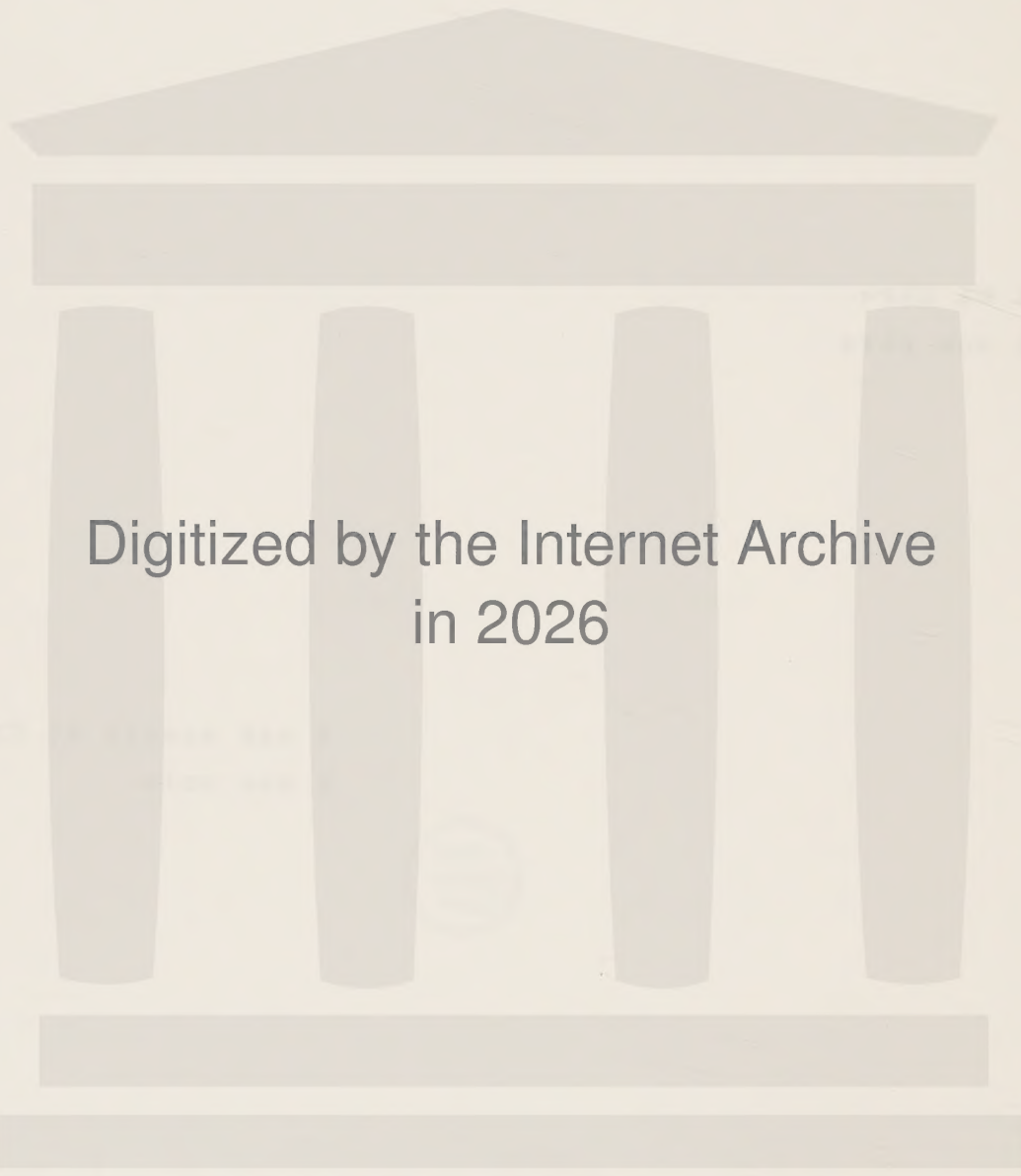


A ma mère

A mon père

A mes soeurs et frères

A mes amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556014_0005

A Monsieur le Professeur PIALOUX Paul

- Professeur Agrégé, titulaire de la chaire
de clinique d'Oto Rhino Laryngologie, à la
Faculté de Médecine de Paris - Lariboisière
Saint-Louis.

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A nos Juges

qui ont bien voulu accepter de juger ce travail, qu'ils trouvent
ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Au Docteur GRENINGER, Chef de Service de Pédiatrie du
Centre Hospitalier de Montfermeil, qui du fait de sa coopération
avec le Service d'Oto Rhino Laryngologie a permis la réalisation
de ce travail.

Mes très respectueux remerciements.

Au personnel du service d'Oto Rhino Laryngologie du
Centre Hospitalier de Montfermeil

A tous ceux qui nous ont permis et facilité ce travail

nô^s remerciements les plus sincères.

TITRE

Oto-mastoïdite
et échecs thérapeutiques de l'antibiothérapie
chez le nourrisson.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre travail, d'exprimer notre profonde reconnaissance à Monsieur le Docteur ROLAND CLIN, Chef du Service d'Oto Rhino Laryngologie du Centre Hospitalier de Montfermeil, qui nous a fait l'honneur de nous confier ce travail et a bien voulu nous éclairer et nous guider dans nos recherches.

PLAN

Nous aborderons en premier lieu l'historique de l'antrite du nourrisson, puis nous ferons un bref rappel étiologique et clinique de cette affection en nous attardant sur les formes cliniques (et leur diagnostic) qui ont pris tant d'importance depuis l'ère des antibiotiques.

Nous nous proposons ensuite d'exploiter 100 cas bien définis d'antrotomisés, en insistant par une série de tableaux sur ce qu'a été :

- leur durée d'hospitalisation.
- leur traitement antibiotique avant l'opération et le coût de cette antibiothérapie.
- le résultat de certains examens complémentaires.
- le prix de revient de l'hospitalisation.
- les résultats immédiats et parfois éloignés du traitement médico-chirurgical.

HISTORIQUE

C'est en 1869 que PARROT signalait pour la première fois la présence de pus dans les antres de nourrissons morts de "choléra" infantile, mais il ne voyait, là, qu'un épiphénomène de la maladie.

C'est en 1903 que BARBILLAR démontra l'otite comme cause possible de biens des états toxiques du nourrisson.

En 1921, avec RENAUD, l'antrite devient une entité clinique.

En 1936, l'antrotomie devient pour les Pédiatres, la thérapeutique de base des états neuro-toxiques et en 1939 LOLLIMOND-GRENET et l'HIRONDEL mettent au point la ponction d'antrite pour faciliter le diagnostic.

Avant l'ère des antibiotiques, malgré les sulfamides, il a encore, en 1947, 40% de mortalité dans ce syndrome, peut-être trop limité dans son étiologie.

En 1971, les antrites sont relativement rares et les antrotomies ont une mortalité opératoire à peu près nulle : il est vrai que les états toxiques ont vu leurs différentes causes se démarquer, mais que pour cette même raison, le diagnostic d'antrite est devenu parfois plus difficile et la thérapeutique mal définie dans ses limites médicales et chirurgicales.

ETIOLOGIE

Il est communément admis de nos jours qu'une antrite est toujours précédée d'une otite. Il peut s'agir d'une otite moyenne aiguë ou d'une otite chronique, bien souvent elle-même, le fruit d'une otite moyenne aiguë qui a résisté à un traitement médical, parfois bien conduit pourtant.

Pour expliquer la filiation otite-antrite, il faut faire un rappel anatomo pathologique de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne du nourrisson comprend 2 cavités, en avant : la caisse, en arrière et un peu au dessous, l'antre. Ces cavités communiquent à leur partie supérieure par l'aditus, passage court et large. La caisse communique en avant avec le pharynx par la trompe d'Eustache. Toutes ces cavités s'échelonnent sur un même axe, constituant une sorte de long canal terminé en cul de sac par l'antre. Ainsi s'explique la facilité avec laquelle chez le nourrisson, l'otite succède à une banale rhino pharyngite. Mais ce canal n'est pas toujours perméable de bout en bout. Il existe le diaphragme inter attico tympanique, presque horizontal qui sépare les cavités de l'oreille moyenne en 2 étages :

- en bas et en avant : la trompe d'Eustache et l'Atrium
(système atrio tubaire)
- en haut et en arrière : l'attique, l'aditus et l'antre
(système antro attical)

L'aditus peut être obstrué, par un oedème inflammatoire et l'on a ainsi l'éventualité d'une antrite florissant coexistant avec une otite en voie de guérison.

Au fur et à mesure de la constitution de l'antrite on assiste à une évolution histologique qui est la suivante :

.../...

- Au début, du pus se trouve dans l'antra, mais l'antra ne participe pas à l'infection. A ce stade, si la collection est évacuée (par le tympan ou par la trompe) tout peut rentrer dans l'ordre.

- A un 2e stade, le pus ne pouvant s'évacuer, la muqueuse de l'antra devient inflammatoire : c'est la 1ere phase véritable des lésions antrales, l'antrite est purement muqueuse, sans atteinte de l'os sous-jacent et est essentiellement réversible. Il y a une hyperémie muqueuse et osseuse qui va faciliter considérablement l'apport des antibiotiques.

Si l'action des antibiotiques n'a pas été suffisante (germes résistants, dose et durée trop faible, action trop tardive) ou le terrain trop déficient pour le défendre (age, hypogammaglobulinémie, organopathie congénitale, malnutrition, carence, maladie intercurrente), alors :

- On arrive au dernier stade de l'antrite qui est une ostéite antrale. L'infection a franchi la muqueuse qui est en partie détruite, et provoque des lésions d'ostéite lacunaire raréfiante. Des processus de thrombose ralentissent considérablement la circulation. L'antra devient un vase clos. Ainsi vont se constituer des zones nécrosées, avec du pus sous pression et fongosités que ne pourront atteindre les antibiotiques : c'est la période de mastoidite chirurgicale.

Ainsi s'explique sous l'action des antibiotiques la genèse de certaines otites chroniques et de certaines otites récidivantes qui ne sont qu'une seule et même expression d'une antrite décapitée, masquée, et devenue latente sous l'action des antibiotiques. Nous verrons dans le chapitre clinique, comment diagnostiquer de telles antrites (Dr Clin et Dr Montekio).

De même, nous comprenons qu'il est à peu près illusoire de prétendre guérir une antrite chirurgicale par la seule action du traitement antibiotique, si bien conduit soit-il, sauf dans des cas exceptionnels, dès lors qu'un certain stade anatomo pathologique est dépassé.

Seule l'antrite au stade muqueuse de l'évolution peut bénéficier pleinement de l'antibiothérapie : au stade chirurgical elle risque surtout de masquer tous les signes, parfois pendant des mois ou des années.

ETUDE CLINIQUE

L'antrite du nourrisson est toujours précédée d'une otite connue ou non.

Nous distinguons : - la forme classique
 - la forme atypique décapitée, due aux antibiotiques
 - Antrite et cholestéatome.

Forme classique :

Cette forme devient de moins en moins fréquente du fait de l'utilisation, parfois inconsidérée, des antibiotiques.

C'est un nourrisson qui a eu une otite connue et paracentésée. Les signes généraux se sont amendés en quelques jours, mais l'écoulement persiste et le tympan reste infiltré. Puis après quelques jours, malgré le traitement médical, la température remonte, l'état général s'altère, l'enfant devient asthénique, anoréxique, geignard, porte souvent ses mains à ses oreilles roule sa tête sur l'oreiller (c'est un signe évocateur). Vomissement et diarrhées reprennent, cependant que l'écoulement devient purulent et fétide, coulant par intermittence ou continuellement (tout écoulement purulent persistant plus d'une semaine, devient suspect, d'une participation mastoïdienne). La région mastoïdienne est parfois rouge, tumorale, oedematiée, la peau est lisse et luisante, le sillon retro auriculaire est comblé, le pavillon de l'oreille rejeté en avant.

Le tympan aperçu après nettoyage est maçéré avec une perforation souvent haute, signant l'atticite. S'il n'y a pas d'otorrhée, le tympan est rouge, infiltré, bombant plus ou moins toujours lésé. Parfois c'est l'image d'un "pis de vache".

Ou bien, on note sur la paroi postero supérieure du conduit, un gonflement qui l'affaisse ("chute de la paroi postérieure") : c'est le symptôme évident de l'infection des cellules mastoïdiennes, limitrophes, une véritable extériorisation de la mastoïde à l'intérieur du conduit auditif.

La radiographie montre l'existence d'un voile ou la disparition de la structure trabéculaire de l'os.

En l'absence de traitement, on voit se produire selon les cas :

- un abcès sous-périosté de la face externe de la mastoïde,
- une fistulation dans le conduit auditif externe,
- des fusées carvicales,
- une extension de l'infection à l'oreille interne avec labyrinthite,
- une paralysie du nerf facial,
- une complication intra crânienne (meningite, abcès du cerveau, thrombo phlébite du sinus latéral).

Traitement :

Le seul traitement est chirurgical : le curetage de l'antre, et parfois l'exploration de l'attique montrent une ostéite diffuse, extensive avec os plus ou moins nécrotique (l'os est "sucre mouillé"). Il y a du pus dans l'antre. Après l'intervention, tout rentre dans l'ordre en quelques jours, mais les récurrences sont possibles, notamment dans les cas où le curetage mastoïdien a été incomplet ou bien si des lésions concomitantes de l'attique ont continué à évoluer.

Forme décapitée :

C'est la plus intéressante.

Elle est de plus en plus fréquente car :

- l'antibiothérapie de routine a été insuffisante ou trop tardivement appliquée,

- les germes sont de plus en plus virulents,
- il n'a pas été fait de paracentèse, ou elle a été insuffisante ou aurait dû être renouvelée, d'où un enkystement antro atticale.

Rien n'attire l'attention sur l'oreille, encore qu'une recherche soigneuse des antécédents aurait pu faire suspecter le diagnostic (recherche d'une otite moyenne traitée par antibiotiques avec parfois plusieurs épisodes identiques à quelques semaines d'intervalle). Le nourrisson est parfois, soit dans un état de neurotoxicose, soit dans un état athrepsique.

Une synthèse clinique permet d'évoquer le diagnostic (Clin et Montekio).

C'est une confrontation de 3 sortes de signes :

- 1° l'amamnèse : une suppuration prolongée, continue ou intermittente impose l'idée d'un foyer mastoïdien. Les otites qui se sont succédées dans le temps ne sont pas plusieurs otites mais toujours la même qui se reproduit à partir d'un "gîte à germes" : la mastoïde le plus souvent.
- 2° l'examen otoscopique : si l'oreille ne coule pas, le tympan est très rarement normal. Parfois gris, avec une rougeur localisée en haut ce qui signe l'atticite. Il existe parfois une petite perforation en haut et en arrière (une perforation sèche qui ne se ferme pas est un symptôme à retenir pour une recherche plus complète). Bien souvent un bombement de la paroi postero-supérieure du conduit auditif, ou un "pis de vache" constaté une première fois, puis disparu sous traitement, mais qui réapparaît au bout de quelques jours à l'arrêt du traitement antibiotique ou qui persiste ou réapparaît même sous ce traitement.

3° l'état général : il faudra tenir compte de l'un ou plusieurs des symptômes suivants :

- une courbe de poids stationnaire, irrégulière ou descendante,
- une anorexie,
- une température anormale,
- un faciès grisâtre, nez pinçé, yeux excavés
- des vomissements et diarrhées qui peuvent provoquer une deshydratation aiguë du nourrisson.

Ces désordres persistants malgré un traitement antibiotique institué au début de l'affection et qui a pu amener une amélioration temporaire.

En résumé, et en dehors des cas où une complication rend la mastoïdite évidente, trois ordres d'arguments doivent être retenus pour ce diagnostic :

- la durée d'évolution de l'otite,
- les signes locaux même épisodiques : chute de paroi, "pis de vache",
- les troubles de l'état général.

C'est de la confrontation de ces trois chapitres à des examens successifs que le spécialiste pourra tirer l'indication de l'intervention - car elle seule à ce stade peut amener la guérison et éviter les complications -

C'est le "Signe de la Pancarte"

L'intervention montrera une suppuration des cellules mastoïdiennes avec lésions osseuses importantes.

Elle montre très rarement l'existence d'une cholestéatome chez le nourrisson. Il s'agissait d'une suppuration chronique : c'est exceptionnel et c'est pourquoi, nous ne la décrirons pas.

ETUDE DES DOSSIERS

Définition de nos dossiers :

Les renseignements utilisés ont été extraits de 100 dossiers ayant les caractères suivants :

- ce sont tous des dossiers d'enfants hospitalisés et traités au centre hospitalier de Montfermeil (Seine-Saint-Denis).
- ce sont tous des enfants de moins de 24 mois, au jour de leur opération.
- l'acte opératoire a toujours été une antrotomie ou une antroatticotomie, bilatérale, faite le même jour pour 96 cas et unilatérale pour 4 cas. (dossiers n° 37 - 40 - 80 - 81)
- ce sont tous des nourrissons qui ont été hospitalisés en un premier temps, dans le service de pédiatrie de l'hôpital (donc sans signe patent d'otoantrite chirurgicale) ou ils ont reçu des soins attentifs et répétés de pédiatres, en constante collaboration libre et entière d'Oto Rhino Laryngologistes ; et ce sont toujours les mêmes collaborateurs qui ont pris d'un commun accord, la décision de transférer ces malades dans le service d'oto rhino laryngologie du même hôpital.

Nous avons éliminé volontairement de cette étude les cas d'antrotomie de nourrissons entrés directement en Oto Rhino Laryngologie, après un traitement en ville.

- Les 100 dossiers se succèdent dans le temps (de février 1966 pour le dossier n°1 à avril 1970 pour le dossier n° 100) et leur sélection n'a eu pour critère que les caractères ci-dessus.

Il faut bien remarquer ce qui explique peut être l'importance de notre statistique que, de part sa situation géographique, le Centre Hospitalier de Montfermeil a un recrutement de malades, de condition sociale, en grande majorité très modeste, bien souvent de transplantés, ayant une hygiène de vie parfois rudimentaire.

.../...

C'est ainsi que 68 de nos 100 malades, sont de familles d'étrangers (Portugais, Nord-Africain, en majorité).

C'est avec la plus grande difficulté qu'il a été possible, parfois, de connaître les antécédents précis, en ville, de nos petits malades et les traitements qui en avaient découlés.

C'est aussi pourquoi certaines durées d'hospitalisation sont si importantes mais nécessaires pour la surveillance et le traitement. Certains parents ne s'émouvant pas devant les symptômes pourtant sérieux (par exemple : une otorrhée) ou ne pouvant, avec assez de sérieux, pourvoir aux soins dans leur foyer.

Les enfants n'ont été rendus à leurs parents, après l'acte chirurgical qu'une fois tous signes généraux et locaux totalement négatifs (en particulier : cicatrices fermées et propres) car l'expérience nous a prouvé que les sorties précoces entraînaient presque toujours, des réhospitalisations.

Renseignements utilisés :

=====

Nous avons consigné nos renseignements sous forme de tableaux de façon à pouvoir classer par ordre nos différents cas et à faire ressortir certains faits majeurs qui étaye t notre conclusion.

- dans un premier tableau,, nous avons classé nos dossiers pour faire ressortir le nombre de jours qui a séparé le premier contrôle Oto Rhino Laryngologique (avec signe positif), de l'opération. Il est évident que dans les premiers cas les enfants avaient des signes patents et indiscutables d'otom stoïdité, mais il a fallu dans un très grand nombre de cas, attendre plusieurs mois ou semaines avant que ce diagnostic ne fasse plus de doute. Nous pensons que, dans bien des cas, c'est le traitement antibiotique réitéré à chaque nouvelle poussée d'otite qui a entraîné ces délais et perpétué l'incertitude. (voir le troisième tableau).

.../...

L'importance moyenne des délais d'observation montre par ailleurs que le chirurgien n'a pas eu un bistouri trop facile.

- dans un deuxième tableau, nous avons dégagé les différentes durées d'hospitalisation motivées par l'affection auriculaire de nos petits malades : la colonne n° 1 comptabilise les chiffres des colonnes n° 4 plus la première partie de la colonne n° 5. Les durées de cette colonne n° 1 sont à comparer avec les temps du premier tableau, les écarts pour un même dossier (n° d'observation) s'expliquant par le fait que certains malades quittaient l'hôpital pour y revenir peu de temps après du fait d'une récurrence de leur maladie.

La remarque faite à propos du premier tableau sur la durée de la maladie est aussi à faire pour ce deuxième tableau.

- un troisième tableau a pour objet de comptabiliser (dans le même ordre que le deuxième tableau) le coût des journées d'hospitalisation. Les chiffres indiqués ont été extraits des dossiers administratifs de l'hôpital. La colonne n° 6 est réservée uniquement aux prix d'hospitalisation en pédiatrie pour l'affection auriculaire avant l'intervention.

La colonne n° 7 comptabilise tous les frais du séjour hospitalier (avant et après l'intervention).

A un moment où le coût de la santé préoccupe les médecins comme les pouvoirs publics, nous avons pensé qu'il était intéressant de donner cet élément d'information, généralement difficile à obtenir, mais qu'il nous était loisible de donner en raison de l'homogénéité géographique de notre étude.

- le quatrième tableau a pour objet de montrer quel a été le traitement antibiotique à visée otitique qui a été entrepris en pédiatrie avant l'intervention (dossiers dans le même ordre que pour le deuxième tableau).

Bien souvent ce traitement a été précédé d'une recherche de germe avec antibiogramme dans l'otorrhée des nourrissons (cinquième tableau) et malgré les doses bien souvent importantes prolongées et réitérées de l'antibiotique approprié, l'ostéite n'a pu guérir que par curetage chirurgical. La colonne n° 10 est réservée au coût du traitement antibiotique correspondant. Le prix de base est le prix public 1970. Le prix hospitalier est moins élevé.

Nombre de jours d'observation sous contrôle Oto Rhino Laryngologie avant l'intervention chirurgicale	nombre d'observations	numéro des observations
de 1 à 5 jours	2	85 - 13
de 6 à 10 jours	8	1 - 4 - 20 - 26 - 41 - 45 - 51 - 93
de 11 à 15 jours	13	14 - 21 - 27 - 33 - 44 57 - 58 - 65 - 71 - 72 75 - 81 - 97
de 16 à 20 jours	5	9 - 22 - 23 - 39 - 99
de 21 à 25 jours	9	6 - 11 - 12 - 31 - 59 69 - 74 - 91 - 100
de 26 à 30 jours	6	49 - 52 - 60 - 66 - 70 89
de 31 à 40 jours	13	29 - 36 - 43 - 50 - 61 63 - 73 - 76 - 78 - 83 86 - 90 - 94
de 41 à 50 jours	6	40 - 56 - 67 - 77 - 84 95
de 51 à 60 jours	9	5 - 8 - 28 - 53 - 54 - 64 - 87 - 92 - 96
de 2 à 3 mois (61 jours) (90 jours)	6	15 - 37 - 42 - 34 - 62 79
de 3 à 4 mois (91 jours) (120 jours)	6	15 - 37 - 42 - 55 - 68 82
de 4 à 5 mois (121 jours) (150 jours)	7	2 - 16 - 17 - 19 - 35 46 - 80
de 5 à 6 mois	2	47 - 98
de 6 à 7 mois	2	7 - 25
de 7 à 8 mois	1	18
de 8 à 9 mois	0	
de 9 à 10 mois	1	80
de 10 à 11 mois	1	48
de 11 à 12 mois	1	30
de 12 à 13 mois	1	38
de 13 à 14 mois	1	10

N° 1	N° 2	N° 3			N° 4	N° 5	
Nombre de jours totaux d'hospitalisation jusqu'à l'intervention (soit en pédiatrie soit en Oto Rhino Laryngologie)	Nombre d'observation	Observations			Nombre de jours de jours d'hospitalisation en pédiatrie (avant l'intervention)	Nombre de jours d'hospitalisation en Oto Rhino Laryngologie	
		N°	nom-prénom	âge en mois		avant l'intervention	après l'intervention
de 1 à 5 j	3	5 13 85	L. Franck C. André T. Mohamed	3 21 9	1 3 4	1 2 1	24 16 20
de 6 à 10 j	8	1 4 20 26 41 45 51 93	S. Houna O. Abdel .K M. Yamina H. Stertina M. Farid L. François Nasserdine B. Brahim	11 14 5 8 16 7 5 1	8 3 3 6 3 6 9 7	2 7 4 1 7 1 1 1	51 35 15 18 28 11 46 6
de 11 à 15 j	13	14 21 27 33 44 57 58 65 71 68 75 81 97	S. Ferouse B. Nasera S. Violette D. Frédéric K. Fadila D. Brigitte S. Malika K. Afida G. Nasera A. Sendrine B. Soulika A. Fatima M. Nora	6 12 10 24 1 3 21 14 10 6 13 2 5	12 11 14 15 13 12 11 14 13 15 14 13 11	1 1 1 1 2 1 4 1 1 1 1 1 1	31 22 83 25 22 9 26 22 14 20 51 28 50
de 16 à 20 j	7	9 19 22 23 39 88 99	O. Mohamed TV. Richard M. Soria L. Sagin B. Rathir V. Laurent C. Lara	6 6 3 9 2 1 3	4 7 19 14 12 19 20	13 12 1 3 5 1 1	35 17 28 35 54 15 27

1 suite	N° 2 suite	N° 3 suite			N° 4	N° 5 suite		25
Nombre de jours to- tal d'hos- pitalisa- tion jus- qu'à l'in- tervention soit en pédiatrie soit en Oto Rhino Laryngolo- gie	Nombre d'obser- vation	Observations			Nombre de jours d'hos- pitali- sation en pé- diatrie avant l'in- terven- tion	nombre de jours d'hospitalisation en Oto Rhino Laryngolo- gie avant l'inter- vention	après l'inter- vention	
		N°	Nom Prénom	âge en mois				
e 21 à 5 j	12	: 6 :	M. Abdel	: 4 :	: 7 :	: 15 :	: 47 :	
		: 11 :	M. Marnia	: 16 :	: 21 :	: 1 :	: 20 :	
		: 12 :	C. Karine	: 5 :	: 24 :	: 1 :	: 89 :	
		: 30 :	B. Pascal	: 7 :	: 10 :	: 14 :	: 49 :	
		: 31 :	D. Jacqueline	: 6 :	: 9 :	: 16 :	: 42 :	
		: 47 :	K. Marie-Ange	: 9 :	: 12 :	: 12 :	: 18 :	
		: 54 :	D. Fatima	: 3 :	: 12 :	: 9 :	: 33 :	
		: 59 :	L. Laurent	: 7 :	: 23 :	: 1 :	: 25 :	
		: 69 :	J. Christian	: 24 :	: 9 :	: 15 :	: 4 :	
		: 74 :	S. Cyril	: 3 :	: 23 :	: 1 :	: 20 :	
de 31 à 40 j	14	: 91 :	K. Ayet	: 1 :	: 23 :	: 1 :	: 15 :	
		: 100 :	B. Valérie	: 6 :	: 21 :	: 1 :	: 7 :	
		: 29 :	N. Daniel	: 4 :	: 39 :	: 1 :	: 18 :	
		: 36 :	T. Abdel	: 2 :	: 7 :	: 28 :	: 19 :	
		: 37 :	B. Samina	: 16 :	: 19 :	: 19 :	: 20 :	
		: 43 :	R. Franck	: 6 :	: 11 :	: 28 :	: 19 :	
		: 50 :	B. Bernard	: 4 :	: 5 :	: 26 :	: 14 :	
		: 61 :	B. Lucie	: 10 :	: 9 :	: 28 :	: 13 :	
		: 63 :	B. Daniel	: 8 :	: 27 :	: 10 :	: 19 :	
		: 73 :	F. Olivier	: 3 :	: 38 :	: 1 :	: 60 :	
de 41 à 50 j	10	: 76 :	P. Christian	: 4 :	: 35 :	: 1 :	: 0 (Pédiatrie	
		: 78 :	L. Maryvonne	: 6 :	: 23 :	: 11 :	: 20 :	
		: 83 :	G. Sylvie	: 1 :	: 33 :	: 1 :	: 12 :	
		: 86 :	F. Rodolphe	: 1 :	: 40 :	: 1 :	: 1 :	
		: 90 :	F. Jean-Michel	: 2 :	: 30 :	: 1 :	: 10 :	
		: 94 :	G. Sylvie	: 19 :	: 40 :	: 1 :	: 27 :	
		: 2 :	S. Nordine	: 2 :	: 36 :	: 10 :	: 32 :	
		: 8 :	K. Georges	: 3 :	: 46 :	: 1 :	: 24 :	
		: 10 :	D. Houara	: 8 :	: 8 :	: 24 :	: 18 :	
		: 40 :	B. Eric	: 10 :	: 35 :	: 15 :	: 15 :	
		: 53 :	A. Carole	: 8 :	: 34 :	: 15 :	: 16 :	
		: 56 :	B. Amara	: 3 :	: 47 :	: 1 :	: 8 :	
		: 67 :	B. Noura	: 4 :	: 42 :	: 1 :	: 20 :	
		: 77 :	T. Laurent	: 3 :	: 42 :	: 7 :	: 13 :	
		: 84 :	G. Valérie	: 12 :	: 36 :	: 14 :	: 66 :	
		: 95 :	M. Djamel	: 1 :	: 47 :	: 1 :	: 35 :	

N° 1 suite	N° 2 suite	N° 3 suite			N° 4	N° 5 suite	
Nombre de jours to- tal d'hos- pitalisa- tion jus- qu'à l'in- tervention (soit en pédiatrie soit en Oto Rhino Laryngolo- gie)	Nombre d'ob- servation	Observations			Nombre de jours d'hospi- talisa- tion en pédia- trie (avant l'inter- vention)	Nombre de jours d'hospitalisation en Oto Rhino Laryngologie avant l'inter- vention après l'inter- vention	
		N°	nom - prénom	âge en mois			
de 51 à 60 j	9	7	K. Dalila	1	60	1	40
		16	G. Paul	2	37	20	22
		25	B. Jean-Paul	10	52	1	42
		55	A. Amara	2	30	26	28
		64	M. Farida	3	46	1	18
		82	K. Farid	2	44	14	15
		87	L. Fernandez	7	53	15	67
		92	N. Karim	6	52	1	49
		96	M. Dabila	3	35	23	30
de 61 à 70 j	6	28	N. Marc	29	57	8	33
		32	B. Aïcha	7	67	1	56
		48	B. Sylvie	4	68	2	15
		62	D. Fatima	4	67	3	4
		68	H. Nagib	5	10	60	31
		80	M. Saloh	7	37	32	11
de 71 à 80 j	4	3	L. Didier	1	46	25	0 (Pédiatrie)
		24	C. Nadine	3	76	1	83
		34	D. Hafida	12	19	58	18
		79	B. Aline	8	49	26	29
de 81 à 90j	1	17	A. Zina	50	50	33	26
		18	K. Rebahia	12	72	7	12
plus de 100j							
105 j	1	42	D. Natifa	11	96	9	25
4 mois	1	35	M. Abdel	3	96	20	43
5 mois	1	98	M. Sania	2	167	1	46
5 mois	1	46	R. Anabelle	7	160	1	30

N° 3	N° 6	N° 7	N° 8
Numéro des Observations	Coût des journées d'hospitalisation en pédiatrie avant l'intervention	Montant total de la facture du séjour hospitalier (pédiatrie + Oto rhino Laryngologie)	% de la précédente colonne payé par les collectivités
5	107,10	2 614,07	80 %
13	211,50	2 137,43	100 %
85	357,50	3 131,85	80 %
1	552,50	6 090,48	100 %
4	241,--	4 488,57	100 %
20	302,50	2 555,41	100 %
26	405,--	1 762,50	100 %
41	facture non retrouvée		
45	455,--	3 403,16	100 %
51	952,50	5 603,--	100 %
90	facture non retrouvée		
14	facture non retrouvée	365,16	
21	1 400,--	8 963,88	100 %
27	1 602,--	5 211,48	100 %
23	1 502,90	3 952,15	100 %
44	886,40	2 226,55	100 %
57	1 006,55	4 365,16	100 %
58	facture non retrouvée		
65	1 320,--	3 982,05	100 %
71	1 212,20	3 430,84	100 %
72	1 400,--	3 770,--	100 %
75	1 541,90	8 356,80	100 %
81	1 300,--	9 447,14	100 %
97	1 202,05	8 624,84	100 %
9	482,--	4 944,46	100 %
19	627,69	3 596,40	80 %
22	2 120,--	3 887,95	100 %
23	1 600,6-	4 220,90	100 %
39	1 300,--	6 714,83	100 %
98	2 452,--	3 904,22	80 %
999	2 478,--	6 555,--	100 %
6	1 206,50	6 586,91	100 %
11	1 339,50	3 972,55	100 %
12	3 529,12	4 735,21	100 %
30	783,40		0 %
31	4 837,80	5 609,05	100 %
47	1 086,36	4 578,34	100 %
54	3 826,36	9 222,42	100 %
69	5 472,--	6 862,80	100 %
59	4 557,--	4 258,33	100 %
74	3 659,40	5 115,23	100 %
91	1 741,65	5 121,99	100 %
100	2 360,--	6 218,94	100 %

N° 3	N° 6	N° 7	N° 8
Numéro des Observations	Coût des journées d'hospitalisation en pédiatrie avant l'intervention	Montant total de la facture du séjour hospitalier (pédiatrie + Oto Rhino Laryngologie)	% de la précédente colonne par les collectivités
15	7 264,70	5 103,24	100 %
38	940,48	5 310,85	100 %
49	650,30	5 412,30	100 %
52	3 465,92	5 099,17	100 %
60	2 653,43	18 851,50	100 %
66	2 087,47	6 463,09	100 %
70	2 730,--	8 704,90	100 %
89	1 946,55	5 174,55	100 %
29	2 990,--	5 178,--	100 %
36	rien	4 966,77	100 %
37	2 666,90	7 270,90	100 %
43	facture non retrouvée		
50	facture non retrouvée		
61	8 000,--	4 561,37	100 %
63	2 400,--	6 049,77	100 %
73	3 524,53	15 976,43	100 %
76	7 318,80	8 228,07	100 %
78	2 959,70	7 075,64	100 %
83	3 278,40	8 339,22	100 %
86	1 829,70	4 391,--	100 %
90	3 599,77	5 000,--	100 %
94			
2	2 024,98	6 241,--	100 %
8	700,--	6 827,90	100 %
10	1 351,--	5 212,--	100 %
40	3 500,--	660 000,--	100 %
53	2 850,--	6 500,--	100 %
56	4 080,--	5 843,50	100 %
67	facture non retrouvée		
77	3 948,40	6 602,70	100 %
84	2 711,65	10 529,--	100 %
95	3 075,50	10 646,50	100 %
7	1 623,80	5 690,45	100 %
16	2 813,--	7 120,--	100 %
25	1 327,40	1 671,--	0 %
55		7 327,--	100 %
64	3 600,--	7 916,--	100 %
82	4 257,--	8 602,42	100 %
87	958,--	14 000,--	100 %
92	3 693,--	10 606,38	100 %
96	692,--	8 565,--	100 %

N° 3	N° 6	N° 7	N° 8
numéro des observations	Coût des journées d'hospitalisation en pédiatrie avant l'intervention	Montant total de la facture du séjour hospitalier (pédiatrie + Oto Rhino- Laryngologie)	% de la précédente colonne payé par les collectivités
28	3 636,20	7 500,--	100 %
32	3 109,--	9 185,--	100 %
48	2 652,--	5 318,20	100 %
62	6 000,--	5 928,93	100 %
68	2 115,64	9 122,29	100 %
80	4 197,33	10 052,40	100 %
3	facture non retrouvée		
24	2 100,--	10 000,--	100 %
34	1 500,--	9 344,98	100 %
79	2 566,90	10 000,--	100 %
17	3 364,22	8 566,59	100 %
18	5 697,96	7 786,--	100 %
42	7 606,61	11 362,52	100 %
98	5 000,--	11 957,73	100 %
35	7 937,37	14 408,30	100 %
46	7 489,20	8 635,10	100 %

N° 3	N° 9	N° 10
Numéro des observations :	Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation jusqu'au jour de leur opération.	Prix de revient des antibiotiques :
:	Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.	antibiotiques de la précédente colonne
:		(prix public base 1970)
5	Ampicilline I. M. 500 mg 1 jour	10,--
13	Pénicilline I. M. 1 million + Oxytétracycline I. V. 250 mg 2 jours	18,--
85	Ampicilline I. V. 2 g 8 jours	320,--
1	Ampicilline P. O. 500 mg 2 j + Novobiocine P. O. 500 mg 3 j.	29,--
4	Oxytétracycline I. V. 250 mg 1 jour	14,--
20	Novobiocine P. O. 500 mg 2 j. Pénicilline I. M. 500 000 u 6 jours	13,--
26	Colistine I. M. 1 million 1 j. Thiamphénicol P. O. 250 mg 2 jours	7,20
41	Pénicilline $\frac{1}{2}$ million 4 jours	30,--
45	Oxytétracycline P. O. 300 mg 4 jours	91,80
51	Tétracycline P. O. 500 mg 1 j. Colistine I. V. 1 M + Lincomycine I. V. 200 mg	395,05
200 mg 3 jours		
6 j.	Oxacilline I. V. 2 M + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M + Lincomycine I. V. 200 mg	
6 j.	Oxacilline I. V. 15 g 8 j. Ampicilline P. O. 1 g 8 jours	
Sulfadiazine P. O. 2 g 8 jours	Chloramphénicol I. V. 400 mg 2 jours	
93	I. M. 500 I. M. 500 mg + Gentamycine I. M. 10 mg 14 jours	245,--
14	Oxacilline I. M. 1 g 8 jours	224,--
21	Pénicilline I. V. 1 M 3 j. Colistine I. M. 2 M 5 j. Thiamphénicol P. O. 250 mg 5 jours	39,--
27	Oxytétracycline I. V. 500 mg 7 j. Pénicilline	100,--
33	Pénicilline I. M. 1 M 1 j + Tétracycline P. O. 750 mg 4 j. Propiociene	32,--
44	P. O. 600 mg 2 j. Oxytétracycline I. M. 200 mg 2 jours	20,--
57	Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M + Colistine I. M. 200 000 M 6 jours	25,50
58	Pénicilline 1 M + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 2 j. Gentamycine I. V. 8 mg 15 j	90,--
65	Rifamycine I. V. 250 mg 9 jours	349,20
71	Pénicilline I/ V. 10 M + Chloramphénicol I. V. 500 mg 14 j. Sulfamycin	115,--
72	P. O. 3 g 11 jours	67,50
	Ampicilline P. O. 750 mg 2 j. Rifamycine I. V. 250 mg 10 jours	
	Céfalotine 700 mg I. M. + Gentamycine I. M. 10 mg 3 jours	

N° 3	N° 9 (suite)	N° 10
Numéro des observations :	Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation jusqu'au jour de leur opération.	Prix de revient des :
:	Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.	: antibioti-
:		: ques de la
:		: précédente
:		: colonne
:		: (prix public
:		: base 1970)
75	Oxacilline I. M. 750 mg 1j + Céfaloine I. M. 800 mg 16 jours	: 249,--
81	Ampicilline I. V. 800 mg 16j + Kanamycine I. V. 80 mg + Doxycycline P. O. 300 mg 2 jours	: 268,80
97	Ampicilline I. V. 1 g 2j + Gentamycine I. M. 10 mg + Gentamycine I. M. $\frac{1}{2}$ M 9 jours	: 81,--
9	Colistine P. O. 2 M 3j. Pénicilline I. M. 1 M 20j + Oxytétracycline P. O. 300 mg 10 jours	: 100,--
19	Novobiotine P. O. 300 mg 3j. Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M + Colistine I. M. $\frac{1}{2}$ M 10 jours. Propiécine P. O. 300 mg 11 jours	: 101,50
22	Pénicilline P. O. 1 M 4 j. Novobiotine P. O. 1 g 12 jours. Colistine I. M. $\frac{1}{2}$ M 7 jours	: 128,50
23	Tétracycline P. O. 750 mg 3 jours. Ampicilline P. O. 1,5 g 5 j. Colistine I. M. 1M 2j. Pénicilline I. V. 300 mg 5j. Streptomycine I. M. 500 mg 8 jours	: 134,--
39	Ampicilline P. O. 250 mg 5j. Pénicilline I. M. 1M 4j	: 45,--
88	Ampicilline 1M 500 mg + Gentamycine I. M. 6 mg : 10 jours	: 115,--
99	Ampicilline I. M. 600 mg 12 j. Gentamycine I. M. 10 mg 11j ; Céfaloiridine I. M. 350 mg 6j	: 114,30
6	Pénicilline I. V. 5 M 1j. Ampicilline I. M. 600 mg 5j. Erytromycine P. O. 500 mg 11j	: 135,20
11	Colistine I. M. 2M 18 j. Novobiotine P. O. 500 mg 7j. Oxacylline I. M. 1g 1j. Pénicilline + Colistine (en ville)	: 300,--
12	Novobiotine P. O. 500 mg 5j. Colistine I. V. 2M 6j + Oxytétracycline I. V. 500 mg 6j. Erythromycine P. O. 750 mg 7j. Oxacilline I. V. 1g 3j. Pénicilline I. M. 1M 25 j. Oxacycline	: 192,--
30	Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 8j + Ampicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 18 j	: 50,--
31	Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M + Tétracycline P. O. 250 mg 10 jours	: 46,--
47	Tétracycline P. O. 750 mg 7j. Apicilline P. O. 1g 2j. Pénicilline I. M. 1M 10j (et ville dose?)	: 20,--
54		: 62,--

N° 3	N° 9 (suite)		N° 10
Numéro des observations	Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation jusqu'au jour de leur opération. Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.		Prix de revient des antibiotiques de la précédente colonne (prix public base 1970)
59	Oxacilline I. M. 1g 2j . Pénicilline I. V. 1M 3j + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 3j . Gentamycine I. M. 14 mg 8j . Céfaloridine 150 mg 8j		117,50
69	Oxacilline I. M. 500 mg 5j		35,--
74	Céfalotine I. M. 600 mg 20j + Gentamycine I. M. 10 mg 17 j		402,--
91	Doxycycline P. O. 50 mg 5j		15,--
100	(en ville) Pénicilline dose ? 10 j . Gentamycine I. M. 10 mg 7j . Céfaloridine I. V. 500 mg 11j		206,50
15	Novobiotine P. O. 500 mg 9j . Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 5j		41,--
38	Colistine I. M. $\frac{1}{2}$ M 20j + Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 10j		80,--
49	Oxacilline I. M. 500 mg 3j . Pénicilline I. M. 1M 10j		44,--
52	Pénicilline I. M. 100 000 u 3j . Canamycine I. M. 600 mg 3j . Oxacilline I. M. 500 mg + Lincocine I. M. 100 mg : 28j		250,--
60	Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M : 16 j		88,--
66	Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M : 8j . Oxacilline I. V. 2g + Kanamycine I. V. 250 mg : 11j . Céfaloridine I. M. 500 mg 4 jours		451,--
70	Oxacilline I. V. 2,5 g 2j . Céfalotine I. V. 600 mg + Gentamycine I. V. 10 mg : 15j		377,50
89	Doxycycline P. O. 150 mg 6j . Ampicilline I. M. 1,5g + Céfaloridine I. M. 400 mg : 11j		542,40
29	Colistine I. M. 1M 1j . Novobiotine P. O. 250 mg 3j . Pénicilline I. M. 1M 8j . Virgymicine P. O. 500 mg 12j		132,--
36	Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 15 j		15,--
37	Pénicilline I. M. 1M 10j . Pénicilline $\frac{1}{2}$ M 10j . Pénicilline I. M. + Colistine I. M. 1M : 7j		93,--
43	Pénicilline I. M. 1M 8j		16,--
50	Pénicilline $\frac{1}{2}$ M I. M. 10 j		10,--
61	Céfalotine I. M. 1g 2j . Pénicilline $\frac{1}{2}$ M I. M. 17j		77,--
63	Oxacilline 500 mg + Céfalotine 1g : I. V. 5j . Céfalotine I. M. 500 mg 7j . Ampicilline P. O. 1g 8 jours		514,--
73	Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 8j . Céfalotine I. V. 500 mg : + Gentamycine I. V. 8 mg 17 jours		250,--

Numéro des
observations

Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation jusqu'au jour de leur opération.
Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.

Prix de revient
des antibioti-
ques de la
précédente
colonne
(prix public
base 1970)

76	Pyostocine (en ville dose ?) . Erythromycine P. O. 400 mg 6j l. Gentamycine I. V. 12 mg + Céfalocone I. V. 600 mg 27j Pénicilline I. M. 1M 12j . Céfalocone I. V. 700 mg + Gentamycine I. V. 7 mg 20j	585,--
78	Gentamycine I. V. 5mg 12j . Céfalocone I. V. 500 mg 10j . Ampicilline I. V. 500 mg 5j	554,--
83	Céfalocone I. V. 500 mg 20j l. Ampicilline I. V. 750 mg 3j + Gentamycine I. V. 8j . Thiampénicole P. O. 250 mg 13j	215,--
86	Doxycycline P. O. 100 mg 9j . Thiampénicole P. O. 250 mg 17j l. Ampicilline I. M. 500 mg + Gentamycine I. M. 50 mg 10j	405,--
90	Ampicilline P. O. 1,5 g 11j . Gentamycine I. M. 20 mg + Ampicilline 2g 9j . Gentamycine 20 mg + Céfalocone 1g 6j	571,--
94	Colistine I. M. 1M 4j . Pénicilline I. M. 1M 5j . Oxytétracycline I. V. 500 mg + Pénicilline I. M. 1/2M . Novobiotine P. O. 500mg 4j	420,--
2	Oxytétracycline I. V. 500 mg 7j + Novobiotine P. O. 500 mg 4j . Pénicilline I. M. 1/2M 10j	99,--
8	Pénicilline I. M. 1/2M 20j + Oxytétracycline I. M. 500 mg 6j . Novobiotine P. O. 500 mg 11j	124,--
10	(en ville) Pénicilline + Streptomycine (dose ?) . Colistine I. V. . 1M + Lincomycine I. V. 200 mg 5j . Colistine I. M. 1M . Colistine P. O. 50 mg 8j	158,--
40	Ampicilline P. O. 500 mg 5j + Oxacilline I. M. 600 mg + Céfalocone I. M. 300 mg 3j . Pénicilline I. V. 1,5 M . Colistine I. V. 700 000 5j l.	103,--
53	Pénicilline I. M. 6j Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. 1/2M 2j . Lincomycine I. M. 100mg + Pénicilline I. V. 1M 11j	129,--
56	Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. 1/2M 8j . Céfalocone I. V. 250 mg + Pénicilline I. V. 1M 20j	47,--
67	Gentamycine I. V. 12 mg + Céfalocone I. V. 100 mg 20 j . Pénicilline I. M. 500 000 7j	227,--
77		127,--

Numéro des
observations

Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation
jusqu'au jour de leur opération.
Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la
Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.

Prix de
revient des
antibiotiques
de la précé-
dente colonne
(prix public
base 1970)

84	Ampicilline P. O. 190 mg 7j . Céfalotine I. V. 700g . Gentamycine I. V. 10 mg 10j . Pénicilline I. M. 1M 10 j	305,--
95	Doxycycline P. O. 100 mg 1j . Vyrgymycine P. O. 1g 2j . Pénicilline I. M. 2M + Gentamycine I. M. 15 mg 12j	123,--
7	Tétracycline P. O. 150 mg 7j . Novobiocine P. O. 500 mg 2j . Pénicilline I. M. 1M 8j	28,--
16	Pénicilline (dose ? en ville) . Colistine I. M. 1M 6j . Pénicilline I. M. 1M 5j	52,--
25	Vyrgymycine P. O. 1g 25j . Pénicilline I. V. 10 000 000 10 j puis 1M 10j puis 5M 9j + Chloramphénicol I. V. 300mg 9 j . Tétracycline P. O. 500 mg 3j	668,50
55	Colistine 1M 8j . Pénicilline I. M. 1M 20j puis I. M. 1M 18j	114,--
64	Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. 1M 35j . Tétracycline P. O. 150 mg 8j	197,--
82	Pénicilline P. O. 1M + Colistine P. O. 1M 44j . Pénicilline I. M. 1M 7j	256,--
87	Erythromycine P. O. 100mg 1j . Pénicilline P. O. 1;5M 3j . Colistine I. M. 1M + Pénicilline 1,5M 5j . Gentamycine I. M. 10 mg	110,70
92	Erythromycine P. O. 500 mg 10 j . Vyrgymycine P. O. 500 mg 10 j . Gentamycine I. M. 16 mg 9j + Pénicilline I. M. 3M 7j	135,--
96	Pénicilline I. M. 2M 8j puis 1M 8j	52,--
28	Novobiotine P. O. 200 mg 7j . Oxytétracycline P. O. 300 mg 4j . Novobiotine P. O. 300 mg 5j . Pénicilline I. M. 1M 8j	47,20
32	Pénicilline I. M. 1,5M 4j . Colistine I. M. 1,5M 4j . Oxytétracycline P. O. 500 mg 22j . Pénicilline I. V. 1M 15j	283,--
48	Pénicilline I. M. 1M 10j . Colistine I. M. 1M 2j . Pénicilline I. V. 1M + Thiamphénicol I. V. 300 mg 10j	100,--

N° 3	N° 9 (suite)	N° 10
Numéro des observations	Traitement antibiotique reçu du premier jour de leur hospitalisation jusqu'au jour de leur opération. Remarque : Les antibiotiques pris per os et qui ne passent pas la Barrière intestinale, ne sont pas mentionnés.	Prix de revient des antibiotiques de la précé ^d e de la colonne (prix public base 1970)
62	Ryfamycine I. M. 125mg 10j . Gentamycine I. V. 10 mg 10j + Pénicilline I. V. 1M 4j + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 4j . Céfalotine I. V. 500mg 30j	652,--
68	Pénicilline I. V. 1M 8j . Gebtamycine I. V. 10 mg + Céfalotine I. V. 250 mg 23j . Pénicilline I. M. 1M 20 j + Colistine I. V. $\frac{1}{2}$ M 30j	76,--
80	Ampicilline I. V. 1g 10j . Pénicilline I. V. 1M + Colistine I. V. 1M 13 j . Colistine I. M. 1M 25j + Virgimycine P. O. 500mg 30j	375,--
3	Pénicilline I. V. 2M + Kanamycine I. V. 2g 6j . Oxacycline I. M. 400 2j . Kanamycine I. M. 1g 4j . Pénicilline I. V. 15 M	378,--
24	Pénicilline I. M. 1M 5j . Virgimycine P. O. 300 mg 10j . Novobiotine P. O. 700 mg 10j + Tétracycline I. V. 150 mg 6j	219,--
34	Novobiotine P. O. 400 mg 6j . Virgimycine P. O. 300 mg 15j . Pénicilline (O. R. L.) 15j	56,--
79	Erythromycine P. O. 750 mg 5j . Céfalotine I. V. 1g + Gentamycine I. V. 20mg 20j	728,--
17	Oxytétramycine I. V. 500 mg 6j . Sulfamide P. O. 0,1 g 20j . Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M + Colistine I. M. $\frac{1}{2}$ M 20 j	174,80
18	Pénicilline I. M. 1M 13j	26,--
42	Pénicilline I. M. 1M 12j . Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 8j . Colistine I. M. $\frac{1}{2}$ M 2j . Lyncomycine I. V. 100 mg 7j	47,--
98	Pénicilline P. O. 1M 13j . Doxycycline P. O. 50 mg 5j . Gentamycine I. M. 10 mg + Pénicilline I. M. 1M 6j . Céfaloridine I. M. 600 mg 2j	116,--
35	Pénicilline I. M. 1M 6j . Pénicilline I. M. 1M 14 j	40,--
46	Chloramphénicol P. O. 150 mg 7j . Pénicilline I. M. $\frac{1}{2}$ M 40j + Pénicilline P. O. 500 000 24j + Pénicilline P. O. 600 000 10 jours	226,--

Cinquième tableau
EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

58

Numéro des observations où a été fait dans le pus des otorrhées une recherche de germe	GERMES RETROUVÉS
1	: Staphylocoques blancs
2	: Staphylocoques blancs + Pyocyanique
3	: Staphylocoques dorés + Micrococcus + Bacilles Gram (-)
4	: Staphylocoques dorés
7	: Bacilles Gram
8	: Staphylocoques blancs
9	: Staphylocoques blancs + Collibacille + Levures
10	: Cultures stériles
111	: Staphylocoques blancs
12	: Cultures stériles
13	: Staphylocoques blancs + Levures
15	: Staphylocoques blancs
16	: Staphylocoques dorés
17	: Staphylocoques blancs + Micrococcus
18	: Cultures stériles
19	: Staphylocoques dorés
20	: Staphylocoques blancs
22	: Pyocyanique
23	: Pyocyanique
24	: Pyocyanique
25	: Staphylocoques blancs + Enterocoque
28	: Proteus + Aerobacter Aerogène
29	: Pyocyanique + Proteus
30	: Staphylocoques blancs
31	: Pyocyanique
32	: Staphylocoques dorés
33	: Staphylocoques dorés
34	: Staphylocoques blancs
35	: Staphylocoques blancs
37	: Staphylocoques dorés
38	: Staphylocoques blancs

EXAMENS BACTERIOLOGIQUES (suite)

Numéro des :
 :
 observations où a :
 été fait dans le :
 pus des otorrhées :
 une recherche de :
 germe :

GERMES RETROUVES

40	: Staphylocoques blancs + Colobacilles
42	: Staphylocoques dorés
43	: Staphylocoques blancs + Proteus
44	: Staphylocoques dorés
48	: Staphylocoques blancs
52	: Staphylocoques blancs
53	: Staphylocoques blancs
55	: Staphylocoques blancs
59	: Pneumocoques
62	: Staphylocoques blancs
64	: Proteus
67	: Pyocyanique
68	: Staphylocoques blancs
77	: Pyocyanique
79	: Staphylocoques blancs
80	: Pyocyanique
89	: Staphylocoques blancs
98	: Staphylocoques blancs

RESUME DES EXAMENS BACTERIOLOGIQUES

sur 49 recherches) - 46 cas positifs
(
) - 3 cas négatifs

	:	:	:
	:	Staphylocoques blancs	: 25 cas
	:	Staphylocoques dorés	: 9 cas
COCCI GRAM +	:	Pneumocoques	: 1 cas
	:	Enterocoques	: 1 cas
	:	Micrococcus	: 2 cas
	:	:	:
COCCI GRAM -	:	:	: 0 cas
	:	:	:
	:	Byocianique	: 9 cas
BACILLE GRAM +	:	Aerobacter	: 1 cas
	:	Proteus	: 4 cas
	:	Colibacille	: 2 cas
	:	:	:
BACILLE GRAM -	:	:	: 1 cas
	:	:	:
LEVURES	:	:	: 2 cas
	:	:	:

SUITES OPERATOIRES

Dans tous les cas, sauf exception, tous les enfants opérés sont donc restés dans le service d'Oto Rhino Laryngologie, après l'acte chirurgical jusqu'à complète cicatrisation de leur plaie.

Neuf enfants ont été retransférés en service de pédiatrie pour des affections autre que du domaine des Oto Rhino Laryngologistes.

N° 57 : regagne le service, les tympans normaux deux jours après son opération, pour une affection digestive. Elle meurt en pédiatrie 1 mois après, d'une enterocolite à colibacille -Souche 111 B4-

N° 81 : regagne le service de pédiatrie avec des tympans normaux, 28 jours après son opération à cause d'un eczéma généralisé qu'elle avait d'ailleurs bien avant son opération.

N° 76 : c'est aussi un eczéma chronique qui a fait que ce malade soit repassé immédiatement en pédiatrie où il a été constaté une guérison complète de son antrite.

N° 86 : ce malade a été opéré le jour même de son transfert de pédiatrie dans un tableau de neurotoxi extrême. IL a été immédiatement remis en pédiatrie où malgré un traitement énergique, il est mort 3 jours après son opération.

.../...

N° 90 : repasse en pédiatrie 10 jours après son opération les tympans normaux, pour une malformation digestive suspecte, bien auparavant.

N° 62 : retransféré en pédiatrie 4 jours après son opération pour une malformation cardiaque diagnostiquée depuis sa naissance.

N° 3 : transféré mourant en pédiatrie, le jour même de son opération, pour rectorragie et état toxique d'une extrême importance.

N° 42 : repasse en pédiatrie 25 jours après son opération pour affection pulmonaire.

Après avoir été ses végétations 3 mois après, les tympans de cet enfant redeviennent normaux.

N° 46 : repasse en pédiatrie 30 jours après son opération pour une hypocalcémie tenace. Les tympans étaient alors redevenus normaux.

- 17 enfants n'ont vu leurs tympans se normaliser après l'opération, qu'une fois leurs végétations opérées.

(N° 1-12-35-42-50-51-52- 54-68-70-73-75-78-84-~~86~~-87-88)

- 4 enfants (N° 24-83-~~96~~-97) ont fait des ~~abcès~~ plaques de cicatrice dans les semaines ou mois qui ont suivi leur antrotomie, mais ont finalement guéri sans réintervention chirurgicale autre que l'incision.

- 4 enfants (N° 30-47-~~50~~-55) ont refait une otite moyenne aiguë dans les semaines qui ont suivi leur antrotomie, mais le traitement local et médical a permis de penser par la suite qu'ils étaient guéris.

.../...

- 1 seul enfant n'a vu ses tympans se normaliser qu'au prix d'une reprise de l'antrotomie, 1 mois après la première intervention pour le côté droit et 6 mois après pour le côté gauche.

tout ensuite est rentré dans l'ordre. (n° 60)

- tous les autres cas de nos 100 observations ont, dans un délai de 10 à 50 jours, été remis à leurs parents avec un état général et local quasiment normal et stable, et jusqu'à décembre 1970 (date où nous examinons les dossiers), leur dossier du service d'Oto Rhino Laryngologie est resté vierge.

- nous avons voulu savoir (malgré le court délai existant entre le jour de l'opération et ce jour) qu'elle a été le devenir otitique de nos opérés. Pour cela, nous avons envoyé à chaque famille la lettre suivante, volontairement très simple :

Madame, Monsieur,

Pouvez-vous, afin de compléter nos dossiers médicaux, nous renvoyer la présente feuille dûment complétée, concernant votre enfant (Nom - Prénom) opéré des oreilles dans notre service le - / - / 19-

- les oreilles de votre enfant vont-elles bien depuis son opération ? OUI - NON
- semble-t-il bien entendre ? OUI - NON
- ses oreilles coulent-elles ? OUI - NON

veuillez croire, Madame, Monsieur, à nos salutations distinguées.

(rayer les mentions inutiles)

Sur 92 adresses que nous avons pu nous procurer, 42 familles nous ont répondu.

Parmi ces réponses, on dénombrait :

- 35 réponses où l'enfant ne semble plus du tout souffrir de ses oreilles, et entendre normalement,
- 7 réponses où l'enfant semble encore souffrir de ses oreilles :
 - 2 pour un trouble de l'audition
 - 5 pour une otorrhée.

Ainsi, nous pouvons conclure que les suites opératoires de nos 100 patients ont été dans l'ensemble très satisfaisantes et ceci, dans un délai relativement court si on le compare à la durée du traitement médical.

CONCLUSION

Il est certain qu'une antibiothérapie bien conduite, aidée d'un drainage tympanique peut guérir l'oto-antrite à son stade initial, c'est-à-dire au stade où il n'y a pas encore d'ostéite vraie et éviter le passage à l'oto-antrite véritable.

Mais il apparaît, de plus en plus, que l'oto-antrite du nourrisson à son stade le plus évolué, c'est-à-dire quand il y a ostéite, ne peut guérir complètement et définitivement que par un curetage chirurgical des lésions osseuses elles-mêmes.

L'antibiothérapie seule, si bien soit-elle conduite, ne faisant dans ce cas que créer une maladie chronique ou donner une pseudo guérison.

Seule la chirurgie pourra être définitive.

Le problème à ce stade est de faire le diagnostic; ce diagnostic sera fait essentiellement en confrontant soigneusement trois ordres de fait :

- les signes locaux
- les signes généraux
- l'anamnèse de la maladie (Signe de la Pancarte).

Il resterait à envisager l'avenir à long terme de nos malades, mais le temps écoulé entre l'acte chirurgical et cette étude n'est pas suffisant (4 ans).

Toujours est-il que l'on est en droit d'espérer, pour un grand nombre, avoir évité par une intervention chirurgicale, les suites éloignées des oto-mastoidites camouflées par le seul traitement antibiotique.

Ces suites pouvant être, quand ces nourrissons sont devenus des adolescents, une floraison d'otites chroniques ou de lésions cicatricielles de la caisse avec altérations auditives.

Les problèmes chirurgicaux tardifs qu'elles entraînent sont beaucoup plus complexes que celui d'une antrite du nourrisson dont la guérison chirurgicale est parfois beaucoup plus sûre, plus rapide et plus économique de moyens divers, que la guérison médicale éventuelle.

Vu, le Doyen.

Vu, le Président
de
Thèse.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie
de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

- BRETTON et CLATZ : Au sujet de 180 mastoïdites observées dans le service d'Oto Rhino Laryngologie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Presse Médicale 1951, page 1 052.
- CLATZ J. : Contribution au Diagnostic de l'âge des oto mastoïdites du nourrisson, basée sur 160 observations. Thèse Paris 1951.
- CLIN Roland et MONTEKIO R; : De l'état actuel de l'oto mastoïdite du nourrisson en milieu hospitalier Gazette Médicale de France 1965 -72 - 3187
- CLOSIER J. : Indications et contre-indications de l'antrotomie chez le nourrisson. Conclusion pratique et statistique résultant de l'étude de 518 cas d'otites. Thèse Med Paris 1951.
- COA VAU TRI : Contribution à l'étude de l'oto mastoïdite du nourrisson. Thèse Médecine Paris 1959, n° 994.
- FERMINGIER M. F. : L'antrite latente dans la pathologie du nourrisson. Thèse Médecine Paris 1968, n° 46.
- née Bertrand
- GELIN Y. : A propos de 30 antrotomies du nourrisson pratiquées aux Enfants-Malade du 1-11-66 au 30-4-67. (Professeur : M. Aubry) Thèse Médecine Paris 1968 n° 158.

- LEMOYNE J. : Le Diaphragme inter attico tympanique :
sa place dans la pathogénie de l'otite
du nourrisson.
Nourrisson, janvier-février 1950-38
n° 1-1-64.
- MARROW : Les complications des mastoïdites depuis
l'ère des antiBiotiques.
Ann Oto Rhino Laryngologiste 1958-75-
824-825.
- RENAUD : Otites et Suppuration du rocher chez le
nourrisson.
Soc Med des hôpitaux : 1921, page 1 327.
- RIBADEAU DUMAS : La Mastoïdite du nourrisson.
bull Société de Pédiatrie 1936, page 33.
- ROMAGNY-FREDERICH-DUPONT : A propos de la sensibilité aux antibio-
tiques des germes actuellement rencontrés dans les oto antrites du nourris-
son. Confrontation de la clinique et du
laboratoire.
Presse Medi 1953-61-640.
- SCHOLLEHMER H. : Mastoïdite de l'enfance et
Antibiothérapie.
Thèse Med Bordeaux 1968, n° 211.
- STOOL D. : Les antrites du nourrisson camouflées
par les antibiotiques (principalement
l'Auréomycine).
Thèse Med Paris 1953, n° 318.

SUDAKA J.

: Otites récidivantes et otites
chroniques de l'enfant.

La Presse Médicale : 20 mars 1971.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	2
TITRE	7
AVANT-PROPOS	8
INTRODUCTION	9
PLAN	10
HISTORIQUE	11
ETIOLOGIE	12
ETUDE DE CLINIQUE	15
ETUDE DES DOSSIERS	19
PREMIER TABLEAU	23
DEUXIEME TABLEAU	24
TROISIEME TABLEAU	27
QUATRIEME TABLEAU	30
CINQUIEME TABLEAU	36
SUITES OPERATOIRES	39
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	46
TABLE DES MATIERES	49

